

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 142.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 11 juillet 1867.

PAR C.-FÉLIX PRINCE

Né à Neublans (Jura).

DE LA RÉTINITE ALBUMINURIQUE

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1867

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomie.	JARJAVAY.
Physiologie.	LONGET.
Physique médicale.	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	LASEGUE.
Pathologie médicale.	{ AXENFELD.
	{ HARDY.
Pathologie chirurgicale.	{ RICH. T.
	{ BROCA.
Anatomie pathologique.	VULPIAN.
Histologie.	ROBIN.
Opérations et appareils.	DENONVILLIERS.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	SÉE (G.).
Hygiène.	BOUCHARDAT.
Médecine légale.	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.	PAJOT.
	{ BOUILLAUD.
Clinique médicale.	{ GRISOLLE.
	{ MONNERET.
	{ BÉHIER.
	{ VELPEAU.
Clinique chirurgicale.	{ LAUGIER.
	{ NELATON.
	{ GOSSELIN.
Clinique d'accouchements.	DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS.

Profess. honoraires, MM. ANDRAL, CLOQUET, CRUVEILHIER et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM. BUCQUOY.	MM. GUYON.	MM. LIÉGROIS.	MM. PARROT.
CHARCOT.	HOUEL.	LEFORT.	POTAIN.
DESPLATS.	JACCOUD.	LORAIN.	RAYNAUD.
DESPRÉS.	JOULIN.	LUTZ.	SÉE (M.).
DE SEYNES.	LABBÉ (Léon).	NAQUET.	TARNIER.
DOLBEAU.	LABOULBÈNE.	PANAS.	
FOURNIER.			

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. N.
— des maladies des enfants.	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses.	N.
— de l'ophtalmologie	FOUCHER.

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Examineurs de la thèse.

MM. RICHET, *président*; JARJAVAY, LABBÉ, DOLBEAU.

M. FORGET, *Secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1898, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Reconnaissance éternelle.

A MES FRÈRE ET SOEURS

A MA FAMILLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153502_0089

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. RICHET

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A M. GRISOLLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A M. GALEZOWSKI

PROFESSEUR PARTICULIER D'OPHTALMOLOGIE A L'ÉCOLE PRATIQUE,

Que je prie de recevoir ici l'assurance de ma reconnaissance pour ses savantes
leçons et ses excellents conseils.

A MES PREMIERS MAÎTRES

MM. LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON

DE LA

RÉTINITE ALBUMINURIQUE

« In tanta doctissimorum ac celeberrimorum virorum
dissentione de ea re pro certo aliquid statuere, minime
quidem tyronem decet; attamen illis opinionem meam
qualemcumque modestè subungere liceat. »

(HAUGSTED.)

INTRODUCTION

« Les difficultez et l'obscurité ne s'apperceoivent en chascune science, que par ceux qui y ont pénétrée... Moi, y treuve une profondeur et variété si infinie, que mon apprentissage n'a aultre fruit, que de me faire sentir combien il me reste à apprendre. » Ainsi s'exprime Montaigne au troisième livre de ses *Essais*, et jamais, je puis l'avouer en toute sincérité, ces paroles ne m'ont paru plus justes qu'au moment où livré à mes propres forces j'essaye de décrire une maladie bien connue, mais à laquelle les livres classiques de pathologie médicale ne donnent qu'un développement très-restreint.

L'importance d'une pareille étude ne saurait cependant être contestée; en effet, si l'hydropisie donne presque toujours l'éveil au médecin et lui fait soupçonner l'existence d'une maladie de Bright, chacun sait, comme le dit M. le professeur Grisolles dans son *Traité de pathologie interne*, qu'il est une variété d'albuminurie qui, ne

s'accompagnant point d'œdème appréciable, peut passer très-facilement inaperçue, attendu qu'elle ne se manifeste que par des troubles du côté de la vision.

Cette albuminurie latente serait même assez commune ; ainsi Frerichs évalue à plus d'un quart la proportion de maladies de Bright qui ne s'accompagnent pas d'œdème, et M. Imbert-Gourbeyre porte le nombre à un bon tiers, peut-être même à la moitié.

Si cette forme insidieuse de la maladie de Bright est aussi fréquente que le croient ces auteurs, ne devons-nous pas nous méfier « de ces troubles de la vue qui surviennent chez des malades amaigris, cachectiques » (Grisolle), et nous mettre sur nos gardes pour reconnaître les signes qui nous feront distinguer une rétinite liée à l'albuminurie de toute autre affection du fond de l'œil ?

Tel est le but que je me suis proposé en prenant la rétinite albuminurique pour sujet de ma thèse inaugurale.

J'ai cherché à exposer, dans ce travail, les idées que m'ont suggérées la lecture des livres spéciaux d'ophtalmologie, les différentes communications faites sur ce sujet, les leçons de mes maîtres et enfin les observations qui me sont personnelles.

J'étudierai aussi rapidement que possible l'histoire de la rétinite albuminurique, malgré l'attrait qu'aurait pour moi une semblable question ; mon but étant essentiellement pratique, j'insisterai surtout sur les symptômes, le diagnostic et le traitement.

HISTORIQUE.

Que certains observateurs tels que Fabrice de Hilden, Claudurus, Wells, aient remarqué, antérieurement à Bright, les troubles de la vue qui surviennent dans le cours de certaines hydropisies, c'est un fait qui paraît mis hors de doute par les recherches d'Imbert-Gourbeyre, consignées dans le *Moniteur des hôpitaux*, 3 avril 1856.

Mais ces auteurs ont signalé le fait sans insister beaucoup et sans y attacher une grande importance.

Bright, en 1836, appelle l'attention sur un phénomène spécial de la néphrite albumineuse, et rapporte l'observation d'un malade, où l'amaurose apparaît comme phénomène initial de l'albuminurie, précédant de quinze jours des accidents cérébraux mortels. (*Guy's hospital Reports*, p. 356).

Addisson (1839) dit que souvent l'albuminurie est précédée d'étourdissements, d'obscurcissements de la vue. (*Guy's Hospital Reports*, n° 8, avril 1839, p. 1).

M. Rayer (1840) signale les troubles de la vue dans la néphrite et dans le diabète (*Traité des maladies des reins*, obs. 10, il est dit d'un malade albuminurique : « 7 janvier 1831, le malade ne peut supporter la lumière; 8 janvier, vue moins sensible; le 16, pupille légèrement contractée. » Obs. 25, femme dont l'urine contient du sucre et de l'albumine : « Elle avait la vue très-affaiblie; une saignée du bras, des sangsues à l'anus n'améliorèrent point cet état »).

Simpson (1848) signale l'amaurose comme phénomène prémonitoire de l'albuminurie (*Trans. of. med.*, 1848). « Une femme, deux jours après la naissance de son cinquième enfant, perd la vue pendant la nuit; à son réveil elle est complètement aveugle. La vue revint.

« A sa sixième grossesse, deux semaines après l'accouchement, elle est encore frappée soudainement de cécité; mais l'amaurose ne disparaît plus, et elle finit par succomber. Dans la première comme dans la deuxième attaque, les urines étaient excessivement albumineuses. »

Ces faits bien connus étaient regardés comme très-rares, quand M. Landouzy (1849) vint de nouveau appeler l'attention du public médical sur l'amblyopie albuminurique.

Dans une première communication faite à l'Académie des sciences, de la Coexistence de l'amaurose et de la néphrite albumineuse (*Gazette médicale*, 20 octobre 1849), le professeur de l'École de médecine de Reims dit en terminant son rapport :

1° L'affaiblissement de la vue est un symptôme presque constant de la néphrite albumineuse ;

2° Il annonce la maladie comme signe initial, avant l'invasion des autres accidents ;

3° Il disparaît et revient en même temps que le dépôt albumineux des urines ;

4° Il doit porter à considérer la néphrite albumineuse comme le résultat d'une altération du système nerveux ganglionnaire.

Dans un second mémoire lu en 1850, M. Landouzy adopte les conclusions de son premier rapport, en modifiant toutefois le § 3, de la manière suivante :

L'amaurose albuminurique paraît, disparaît et revient sans suivre exactement les phases du dépôt albumineux des urines ou de l'œdème.

M. Michel Lévy (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XV, p. 74) dit que les symptômes amaurotiques de la néphrite albumineuse avaient passé inaperçus, ou avaient été négligés jusqu'à la communication de M. Landouzy.

« A partir de cette époque, ajoute M. Michel Lévy, mon attention fut attirée sur cette question, et sur trois malades atteints de l'affection granuleuse des reins, j'ai observé de légers troubles de la vue. »

Imbert-Gourbeyre (1856) dit que « les troubles de la vision se montrent aussi bien dans l'albuminurie puerpérale que dans la maladie de Bright. »

Jusqu'à présent aucun de ces observateurs n'a examiné le fond de l'œil avec un ophthalmoscope ; mais en Allemagne, grâce à la découverte de ce précieux instrument, Imans (1851) et Stelwog von Carion (1855) constatent, dans la néphrite albumineuse avec troubles visuels, l'hyperémie et l'œdème de la rétine.

Ils n'hésitent point à attribuer l'amaurose aux deux altérations qu'ils ont constatées.

Mackenzie (1857, *Traité des maladies des yeux*) cite la dégénérescence graisseuse et les ecchymoses observées dans cette affection.

M. Desmarres père (1858), le premier en France, décrit les lésions ophtalmoscopiques de l'amaurose albuminurique (*Traité des maladies des yeux*, t. III, p. 516).

M. Lécorché (1858, thèse inaugurale) présente l'état actuel de la science sur cette question, tant par l'analyse des travaux antérieurs à lui que par ses propres études.

Les recherches plus récentes des ophtalmologistes actuels: Follin (1859, *Leçons sur l'application de l'ophtalmoscope aux maladies des yeux*); Galezowski (1863, *Recherches ophtalmoscopiques sur les maladies de la rétine et du nerf optique*.—*Annales d'oculistique*); Liebreich (1863, *Leçons d'ophtalmoscopie*); Warlomont (1866, Supplément au *Traité des maladies des yeux* de Mackenzie), ont démontré qu'il existe des lésions à peu près constantes et caractéristiques de la rétinite albuminurique.

SYMPTOMATOLOGIE.

Quelle que soit la manière dont cette affection débute, qu'elle soit le phénomène initial ou secondaire de la maladie de Bright, qu'elle soit la complication d'une albuminurie scarlatineuse puerpérale ou autre, elle se reconnaît à deux ordres de symptômes que nous allons étudier successivement.

Les uns sont physiologiques, c'est-à-dire, ont trait à la fonction de la vision, et encore subjectifs ou tirés de l'examen du malade; les autres sont ophtalmoscopiques, c'est-à-dire, fournis par l'examen du fond de l'œil au moyen de l'ophtalmoscope.

A. *Symptômes physiologiques et subjectifs.*

La rétinite albuminurique s'annonce le plus souvent par la diminution progressive de la vision portant sur les deux yeux, tantôt d'une manière égale, tantôt d'une façon plus prononcée à droite ou à gauche.

Quand l'affection est le phénomène initial de la maladie de Bright, son début est lent ordinairement : les malades accusent pendant des mois pour premier symptôme des *brouillards* devant les yeux, ils ne voient plus aussi facilement, leurs yeux pleurent quand ils fixent des objets un peu tenus. Aussi, ces individus ne pouvant plus se livrer à leurs occupations avec autant de facilité que d'habitude, commencent par se munir de lunettes grossissantes, croyant à un simple affaiblissement de leur vue.

Mais ce moyen n'améliore guère leur vue, ou même ne l'améliore pas du tout. Ces malades patientent encore quelque temps; souvent alors ils voient des mouches, des éclairs, des étincelles; c'est alors qu'effrayés ils vont consulter le médecin.

La maladie cependant peut avoir un début brusque, être accompagnée de céphalalgie, de courbature, et d'un léger mouvement fébrile. Ces cas sont exceptionnels. Landouzy en rapporte un cas très-remarquable; j'ai eu également l'occasion d'en observer un autre sur un malade qui est actuellement dans le service de M. Foucher à l'hôpital Saint-Louis.

OBSERVATION I^{re}.

Emile F..., 23 ans, tailleur, occupe le lit n° 13 de la salle Sainte Marthe.

Cet homme raconte que le 15 avril il est pris subitement d'une violente céphalalgie limitée à la région sus-orbitaire du côté droit.

En même temps, il éprouve de la courbature, du malaise et un léger mouvement fébrile. Cet état dure une quinzaine de jours, pendant lesquels il essaye à plusieurs reprises d'exercer sa profession de tailleur, mais à chaque fois il lui est impossible de passer le fil dans le chas de son aiguille qui lui paraît environnée d'un léger brouillard.

Il prend du repos croyant à une simple fatigue. La vue ne revenant pas distincte, il entre le 28 mai à l'hôpital Saint-Louis.

A l'examen ophtalmoscopique, M. Foucher trouve la papille infiltrée, la rétine semée de taches hémorrhagiques et de taches jaunes et diagnostique une albuminurie.

Les urines traitées par l'acide nitrique précipitent abondamment l'albumine et vérifient complètement le diagnostic. Cet homme, jusqu'à présent, n'a présenté d'œdème sur aucune partie du corps.

Si les troubles visuels surviennent dans le cours d'une maladie de Bright, on observe encore les mêmes symptômes, mais comme les malades souffrent d'autre part, ils s'observent moins et les phénomènes ne sont pas aussi tranchés.

Il faut dire que parfois la vue est très-peu troublée, malgré de graves désordres accusés par l'ophtalmoscope, et pour arriver à examiner les yeux il faut y être poussé par d'autres considérations que les troubles présentés par l'appareil de la vision.

Si l'on fait passer devant les yeux des objets de différentes couleurs, on voit quelquefois les malades se tromper, prendre le gris pour du vert, le jaune pour du rouge, etc.; en un mot, ils perdent la faculté de distinguer les couleurs, phénomène qui est assez rare, je dois l'avouer.

Avec la marche de la maladie, la vue diminue progressivement et l'on peut même observer de la cécité.

Les symptômes subjectifs ont assez d'importance, quoique étant négatifs du côté de l'œil; ainsi la cornée, l'iris, la papille, le cristallin, ne présentent rien de spécial.

Les malades sont pâles, fatigués, amaigris, courbaturés; souvent ils présentent de l'œdème de la face et des membres inférieurs. A une époque plus avancée on peut trouver des épanchements dans le péritoine, les plèvres ou le péricarde.

B. Symptômes ou signes ophtalmoscopiques.

Ils sont au nombre de quatre :

1° Infiltration ou œdème de la papille, dont les contours sont masqués et confondus avec les parties environnantes.

2° Hémorrhagies multiples, de dimensions variables, à formes linéaires le plus souvent.

3° Taches blanches disséminées, à contours irréguliers et souvent granulations de même nature au voisinage de la papille et de la *macula lutea*.

4° Existence simultanée de l'affection dans les deux yeux.

Ces quatre signes sont pathognomiques de la rétinite albuminurique.

Nous allons les reprendre successivement et les examiner dans le cours de l'affection.

M. Galezowski (1) admet trois périodes ou degrés dans la marche de cette maladie; c'est également l'ordre que je suivrai en traitant de la symptomatologie.

Première période. — La rétine est le siège d'une forte congestion, les veines paraissent variqueuses en certains points, les artères sont quelquefois animées de pulsations.

La papille semble agrandie, plus saillante; elle offre un aspect trouble, grisâtre; ses contours sont moins nets.

Le long des vaisseaux, on voit des taches rouges, formées par du sang extravasé, véritables apoplexies rétinienne; ces taches rouges, placées le plus souvent en dehors de la papille, quelquefois empiétant sur sa circonférence, ont un aspect strié, linéaire, dû à ce que les globules de sang épanché sont rangés en lignes entre les faisceaux nerveux.

On a très-rarement l'occasion d'observer seul ce premier degré de l'affection; quand on le trouve dans un œil, il est ordinairement accompagné du second degré qui siège dans l'autre œil.

J'ai été à même de l'observer sur une malade de l'Hôtel-Dieu, actuellement encore dans le service de M. Barth, salle St-Roch, n° 8.

(1) Galezowski, Annales d'oculistique, 1863. Recherches ophtalmoscopiques sur les maladies de la rétine et du nerf optique.

OBSERVATION II.

M^{me} Edm..., 54 ans, lingère, présente toutes les apparences d'une bonne constitution; elle n'accuse aucun antécédent morbide antérieur; elle a été réglée jusqu'à 34 ans.

Dans le courant de l'année 1864, à une époque qu'elle ne peut au juste préciser, elle perdit ses forces et amaigrit d'une manière notable.

Sa vue, raconte-t-elle, baissait beaucoup; elle voyait *tout en gris*, et souvent elle apercevait des *points noirs* qui venaient se placer sur son ouvrage.

Ne pouvant plus coudre que de grosses choses, elle dut renoncer à sa profession (lingerie fine).

L'année 1865 se passa dans des alternatives de mieux et de pire; elle fut obligée de porter des lunettes.

En 1866, ne pouvant plus suffire à ses besoins par la couture, elle se mit marchande de lait au coin d'une rue. C'est là qu'en faisant son petit commerce, elle fut prise, en novembre de cette même année, d'un œdème des deux membres inférieurs qui s'étendit bientôt jusqu'à l'abdomen.

Les troubles de la vue augmentèrent, elle vit des mouches colorées.

Effrayée, elle va consulter un médecin spécialiste qui l'examine à l'ophtalmoscope, prescrit un traitement fortifiant, du vin de quinquina, du vin diurétique. Elle rendit alors beaucoup d'eau par les urines et se crut un instant complètement guérie.

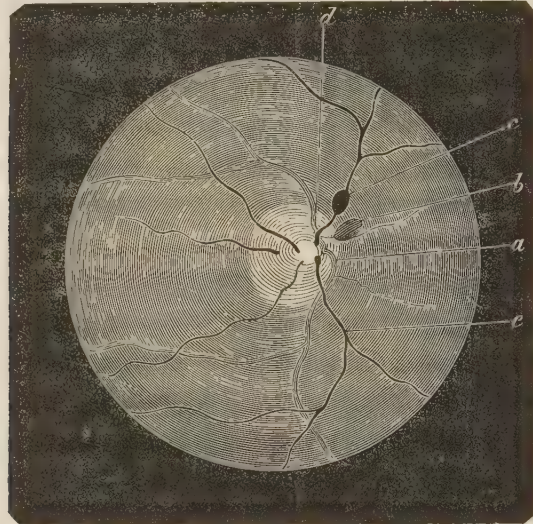
Au commencement de l'année 1867, les troubles visuels et l'hydropisie se manifestant de nouveau, elle se décide à entrer à l'hôpital.

12 mars. On constate l'état suivant; bouffissure de la face, œdème des membres inférieurs et de la vulve qui présente le volume d'une tête de fœtus; diarrhée intense, troubles de la vision, urines préci-

pitant abondamment l'albumine par l'acide nitrique et la chaleur ; léger épanchement pleural ; on diagnostique une maladie de Bright.

Examinés à l'ophthalmoscope par M. Galezowski et moi, les deux yeux présentent des altérations caractéristiques.

(Fig. 1.)



- a* — Papille dont les contours sont légèrement infiltrés.
- b* — Ecchymose placée sur le bord de la papille et couvrant une branche latérale de la veine centrale.
- c* — Epanchement sanguin à forme linéaire placé le long de la veine centrale qui est gorgée, ainsi que les autres veines.
- d* — Artères.
- e* — Veines.

Dans l'œil droit, (*Fig. 1^{re}*), on constate ce qui suit :

La papille est oblongue (*a*), ses contours sont moins nets, ils présentent une légère infiltration.

En haut, on remarque une ecchymose rougeâtre (*b*), peu foncée, recouvrant une branche latérale de la veine centrale.

A gauche de cette ecchymose se trouve un épanchement san-

guin (c) à forme linéaire, placé le long de la veine centrale de la rétine, qui est, ainsi que tout le système veineux rétinien, gorgée de sang.

L'œil gauche présente les altérations de la deuxième période de la maladie; la papille est complètement infiltrée, ses contours ne s'aperçoivent plus.

Dans le segment supérieur de la rétine, à quelques millimètres de la papille, entre une bifurcation de la veine centrale, on remarque une large tache hémorragique, à forme d'éventail, à surface striée, à contours supérieurs linéaires et en forme d'aiguille.

Une autre tache hémorragique tout à fait linéaire se trouve dans le segment inférieur de la rétine.

A gauche, on voit des taches blanches, les unes larges de 2 à 3 millimètres, à formes arrondies; les autres ressemblant à un amas de fines granulations.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. En effet, elle nous fait voir la maladie de Bright débutant lentement et s'annonçant avant tout autre phénomène par des troubles de la vision.

D'un autre côté, malgré l'époque éloignée du début de la maladie, nous trouvons que, dans l'œil droit, il n'y a que les signes de la première période qui pourraient facilement passer inaperçus sans un examen minutieux.

Nous voyons que l'affection existe dans les deux yeux, signe très-important et pathognomonique; et, à ce propos, je dirai que l'œil gauche, examiné le premier, bien qu'il eût présenté tous les signes de la deuxième période de la rétine albuminurique, ne suffit point pour éclairer le diagnostic, car l'œil droit ne présenta rien d'abord à un premier examen. En éclairant mieux le fond de l'œil droit, nous aperçûmes alors très-bien les lésions dont il était atteint et le doute ne fut plus possible.

Deuxième période. — Cette deuxième période est celle que l'on rencontre le plus souvent; elle est caractérisée par des taches blan-

châtres existant concurremment avec les taches hémorrhagiques. Ces taches d'un blanc jaunâtre, ou d'un blanc éclatant, arrondies, ovales, variables dans leur étendue, sont placées en dehors de la circonférence de la papille et ne se montrent jamais à la périphérie de la rétine, c'est-à-dire au voisinage de l'*ora serrata*. Elles peuvent être recouvertes par des taches hémorrhagiques, ou recouvrir elles-mêmes leurs vaisseaux qu'elles marquent dans une certaine étendue.

Parfois elles sont très-petites et si nombreuses que la rétine apparaît comme criblée d'une multitude de fines granulations.

L'infiltration de la papille est plus manifeste que dans la période précédente. On ne distingue plus ses contours. Souvent les vaisseaux de la rétine sont accompagnés de trainées blanchâtres, presque transparentes, indiquées, pour la première fois, par M. Desmarres père.

La malade qui forme le sujet de l'observation suivante présente, dans ses deux yeux, les signes de cette seconde période de la rétinite albuminurique.

OBSERVATION III.

Alb... (Jeanne), 35 ans, piqueuse de bottines, est couchée au n° 52 de la salle Sainte-Marthe, service de M. Bernutz, à la Pitié.

Cette femme raconte que, dans les premiers jours de mars, elle se mouilla et prit froid en lavant des bouteilles.

Deux jours après, un matin, à son lever, elle vit ses pieds énormément enflés, à tel point qu'elle n'assaya même pas de mettre sa chaussure ordinaire.

Cet œdème resta limité pendant plusieurs jours à son siège primitif, et ne dépassa pas le niveau des malléoles.

Sur la fin de mars, l'infiltration gagna la partie supérieure des membres inférieurs.

La malade est affaiblie; elle ne peut plus marcher; elle souffre beaucoup des reins.

Le 2 avril, elle entre dans le service de M. Bernutz. On constate alors de la bouffissure à la face; une infiltration des deux membres inférieurs; de l'ascite. Les urines précipitent abondamment par l'acide nitrique.

Rien de particulier dans la vue, si ce n'est une acuité moindre. Quinze jours environ après son entrée à l'hôpital, et tout à coup, elle voit comme dans un brouillard la croisée en face de son lit. Elle ne distingue plus nettement ses voisines.

Même état jusqu'au 1^{er} mai.

1^{er} mai, céphalalgie intense accompagnée d'une diminution progressive de la vision, qui va bientôt jusqu'à la cécité. Membres très-œdématiés; face bouffie; urines très-albumineuses.

A dix heures du matin, elle mange avec appétit; mais bientôt elle vomit son déjeuner.

A quatre heures du soir, elle est prise d'une attaque convulsive à forme éclamptique, avec secousses répétées. Pas de cris au début de l'attaque; une écume sanguinolente sort de sa bouche. Après l'attaque, coma.

A six heures, nouvelle attaque, suivie de coma.

A huit heures survient une troisième attaque; elle est tellement intense que la malade ne respirant plus, la religieuse retire la pancarte et envoie chercher les garçons d'amphithéâtre. Cependant, après quelques minutes, une inspiration saccadée se manifeste.... La respiration se rétablit peu à peu. La malade est dans le coma.

Le 2 et le 3, le coma persiste.

Le 4, la malade recouvre connaissance; la vue revient, mais elle est trouble, voilée.

Les jours suivants, une amélioration très-notable se manifeste; les troubles visuels diminuent graduellement.

Le 15 juin, à la visite, on constate l'état suivant :

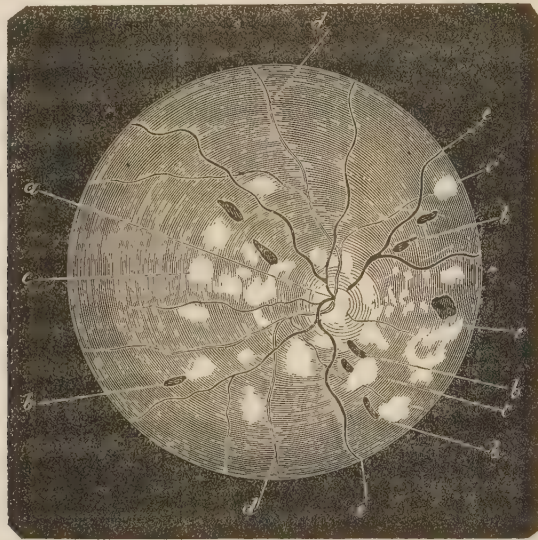
Les yeux sont légèrement saillants; le champ visuel est normal. Elle distingue fort bien les couleurs. En lui présentant un livre, elle

ne peut pas lire une ligne sans que sa vue se trouble et que des larmes tombent à l'instant. Rien sur la cornée.

Le 20. Même état; seulement la malade voit mieux; elle peut lire trois lignes d'une colonne de journal avant que sa vue se trouble.

Examinés à l'ophthalmoscope, les deux yeux présentent de graves altérations. Je donne ici le dessin de l'œil droit (fig. 2).

(Fig. 2.)



- a* — Papille.
- b, b, b* — Taches hémorragiques à forme linéaire.
- c, c, c* — Taches blanches exsudatives.
- e, e* — Veines.
- d, d* — Artères.

La papille(*a*) est entièrement infiltrée; ses contours complètement masqués se perdent peu à peu dans les tissus environnants.

On remarque des taches hémorragiques nombreuses (*bb*), à forme linéaire, surtout situées au côté interne de la papille. Les taches blanches (*c*) sont irrégulièrement disséminées autour de la papille. Au côté interne de la papille elles sont petites, granulées,

ressemblant à un semis blanchâtre qui entoure une large tache hémorragique.

L'œil gauche présente exactement les mêmes altérations, seulement les taches blanches et hémorragiques ne sont pas aussi nombreuses.

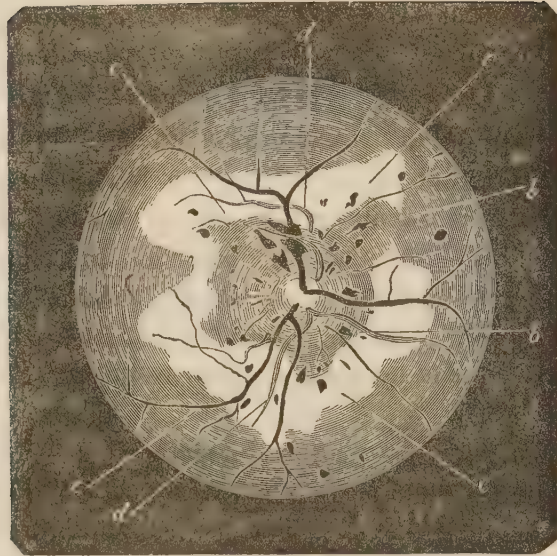
C'est un cas type de la deuxième période de la rénite albuminurique. Cette observation nous montre un fait sur lequel certains auteurs ont insisté : à savoir que l'amblyopie se produit souvent dans la maladie de Bright, à la suite d'une violente céphalalgie (Wagner); qu'elle survient, si elle n'existait pas encore, dans le cas de convulsions (Lécorché); et qu'enfin la cécité complète arrive, la plupart du temps, après les attaques (Lécorché).

Troisième période. — Les plaques blanches se sont agrandies et réunies ensemble, de telle sorte que le fond de l'œil ne présente plus que deux ou trois taches larges, diffuses, au milieu desquelles apparaissent les veines gorgées de sang et les artères pâles, masquées souvent sur leur trajet par une partie de ces taches blanches.

On a rarement l'occasion d'observer cette dernière période de la maladie. M. Liebreich l'a signalée et figurée dans son Atlas, auquel j'emprunte la figure ci-après.

Enfin, à une période ultime de la maladie, le même auteur a vu l'état suivant : les taches blanches ont entièrement disparu; les extravasations sanguines se sont résorbées, et à leurs places il ne reste que des suffusions d'un rose pâle; la papille elle-même se déterge, devient plus visible, signe avant-coureur de l'atrophie qui va se manifester.

(Fig. 3.)



- b* — Taches hémorrhagiques.
- c* — Taches blanches, larges, provenant de la réunion de plusieurs petites taches.
- d* — Artères pâles.
- e* — Veines gorgées de sang.

DIAGNOSTIC.

La réunion des quatre signes ophtalmoscopiques déjà cités, savoir : l'infiltration de la papille, les taches hémorrhagiques linéaires, les taches jaunes, et enfin l'existence simultanée de l'affection dans les deux yeux, sont des signes certains de rétinite albuminurique.

M. Galezowski insiste tellement sur ce dernier signe, qu'il va jusqu'à dire que les apoplexies accompagnées de plaques blanches n'indiquent pas une rétinite albuminurique s'il n'y a qu'un seul œil de pris. J'admets entièrement cette manière de voir, d'après les faits qu'il m'a été donné d'observer dans le cours de mes études.

Toutes les fois donc que l'on suspectera une lésion du fond de l'œil de se rattacher à l'albuminurie, il faudra examiner attentivement les deux yeux, et ne porter son diagnostic que dans les cas de lésion double ; on s'aidera en même temps de l'état général du sujet, et de la présence de l'albumine dans l'urine, que l'on recherchera par l'acide nitrique et la chaleur.

Quant au diagnostic différentiel, on l'établira par les considérations suivantes :

A. Il peut arriver que les taches jaunes viennent à manquer dans la rétinite albuminurique ; mais c'est là un fait très-rare, et à son défaut, on aura les taches rouges linéaires nombreuses, l'infiltration de la papille, et enfin l'existence de lésions dans les deux yeux.

B. Si les taches apoplectiques manquent, ce qui est également très-rare, on aura, pour s'éclairer, la marche ordinairement lente de la maladie : les taches blanches, l'œdème de la papille, l'albumine dans les urines, la présence de lésions dans les deux yeux.

C. Les apoplexies et les taches graisseuses se rencontrent dans des maladies autres que la rétinite albuminurique ; ainsi on les voit quelquefois dans les affections du cœur et les blessures de l'œil.

Le diagnostic sera donné ici par les antécédents, par l'examen du cœur, et par cette considération qu'un seul œil est pris dans les cas ordinaires, du moins quand il s'agit de blessures, et enfin par l'examen des urines.

D. Il y a un cas plus difficile ; c'est celui où l'on rencontre dans les deux yeux une infiltration légère de la papille, une congestion vive des vaisseaux rétinien, le tout coïncidant avec une marche lente de la maladie.

On pourrait croire alors très-facilement qu'il s'agit de la première période de la rétinite albuminurique.

M. le professeur Richet a bien voulu me faire voir une malade actuellement dans son service, qui présente tous ces caractères.

OBSERVATION IV.

Marie D..., 39 ans, couturière, occupe le lit n° 28 de la salle Saint-Maurice, à l'Hôtel-Dieu.

Cette femme, assez fortement constituée, accuse comme affection antérieure un écoulement de l'oreille gauche qu'elle a eu fort longtemps dans sa jeunesse, est revenu depuis une dizaine d'années et dure encore actuellement.

Pas d'antécédents vénériens.

Elle est entrée le 6 avril 1867 dans le service de M. Richet, non point pour ses yeux, mais pour un cancroïde du col de l'utérus, qui fut enlevé par les flèches caustiques.

Guérie de cette affection, elle appelle alors l'attention sur ses yeux dont elle n'avait jusque-là aucunement fait mention.

Voici ce qu'elle raconte : Il y a deux ans à peu près, elle s'est aperçue qu'elle ne voyait plus aussi distinctement. Ainsi, quand elle coud, elle sent après quelques minutes d'application sa vue se troubler, et des brouillards passent devant son ouvrage. L'œil gauche voit moins que le droit.

Si elle reste en repos, elle aperçoit de temps en temps des points noirs, comme des mouches qui passent devant ses yeux ; les mouches ne sont pas fixes, et ne s'arrêtent pas sur le lieu qu'elle regarde. Elle se plaint de maux de tête et d'étourdissements.

Parfois elle éprouve dans l'œil de légers picotements analogues à ceux que détermineraient de petits grains de sable ; l'examen de la conjonctive palpébrale ne fait découvrir aucune granulation. Rien de particulier ne se manifeste à l'extérieur : pas d'injection de la conjonctive ; pas de granulations ; rien sur la cornée ; la papille est

petite, le champ visuel normal ; la malade distingue toutes les couleurs.

L'examen ophtalmoscopique, fait le 3 juillet par M. le professeur Richet, permet de constater l'état suivant : œil droit : la papille est congestionnée ; les contours ne se distinguent pas nettement ; il y a comme un petit cercle blanchâtre entourant la papille dans le haut ; les veines sont noires, gorgées de sang ; les artères sont pâles.

Œil gauche : Les contours de la papille sont plus obscurs encore que dans l'autre œil ; elle offre une teinte terne ; les veines sont légèrement variqueuses ; les artères peu colorées. Rien d'anormal autour de la papille.

A quelle affection avons-nous affaire ?

Est-ce à une rétinite albuminurique. On peut répondre hardiment par la négative ; en effet, si l'on considère l'époque éloignée du début de la maladie, l'état général de la santé assez bon, l'absence d'œdème aux membres et à la face, on ne pourra pas croire à une maladie de Bright à forme chronique.

Ce n'est pas tout ; s'il y avait réellement rétinite albuminurique ; on trouverait au bout d'un temps aussi long, des taches hémorragiques linéaires, accompagnées de taches jaunâtres, ou l'une de ces altérations à défaut de l'autre ; et de plus en examinant les urines, on remarquerait qu'elles précipitent de l'albumine, ce qui ne s'observe pas chez cette malade.

Nous avons alors ici très-probablement une rétinite congestive ; mais cette affection est-elle liée à la suppuration de l'oreille gauche ainsi que pourrait le faire penser l'œil gauche plus malade que le droit ? M. Richet ne le pense pas et il en donne pour preuve l'absence de tous phénomènes se remarquant du côté des méninges ; phénomènes qui se montreraient inévitablement si, du rocher, l'affection se propageait à l'œil par voie de continuité.

Anatomie pathologique.

Bright, Simpson, Rayer, Landouzy, ne parlent point de l'état des yeux dans les autopsies qu'ils firent des sujets morts de néphrite albumineuse avec amaurose.

Les premières notions anatomo-pathologiques que nous trouvons sur ce sujet nous sont fournies par Turk, de Vienne (1), qui a trouvé à l'autopsie d'individus morts d'albuminurie compliquée d'amaurose, des taches granulées qu'il regarde comme des exsudats inflammatoires.

A partir de cette époque, il se fait de nombreuses recherches sur cette importante question pathologique; en Allemagne, en Angleterre et en France, les auteurs signalent des lésions variées qui nous expliquent la nature exacte des altérations que subit la membrane nerveuse du fond de l'œil.

Virchow (2) constate anatomiquement des taches rouges et blanches, et considère les premières comme du sang épanché et les secondes comme une transformation consécutive des apoplexies. Cette opinion est encore celle qu'a enseignée M. Desmarre père, dans son traité des maladies des yeux.

D'après ces faits on pourrait croire que toutes les taches blanches doivent se rencontrer sur un endroit occupé antérieurement par une hémorrhagie; mais il n'en est pas toujours ainsi, car en examinant un œil pendant un certain temps, on peut se convaincre qu'il se produit des taches blanches à côté des taches rouges, sans que celles-ci changent de nature.

Il y a donc dans cette maladie deux processus distincts : hémorrhagies d'abord, avec altération probable des vaisseaux, et taches blanches d'autre part.

(1) Turk *Zeitsehr der weiner aerzte*; 1850.

(2) *Archiv f. path. anatomiq.*, t. X, p. 170; 1856.

Examinons les hémorrhagies.

Elles sont évidemment produites par la rupture des vaisseaux de la rétine : le microscope le démontre d'une manière évidente.

Mais cette rupture est-elle l'effet de la stase sanguine, ainsi que le veut Nagel, qui appuie son assertion sur la dilatation et l'état variqueux présenté par les vaisseaux dans la première période ? Je ne le crois pas.

Il me semble que cette rupture est plutôt occasionnée par la transformation graisseuse des parois des vaisseaux, surtout de leur membrane cellulaire.

Le sang, trouvant alors moins de résistance dans ces parois altérées, détermine des déchirures et se répand en prenant la forme des stries caractéristiques de cette espèce d'hémorrhagie.

Les transformations graisseuses des parois vasculaires ont été signalées par Warlomont (1) et Schweiger (2).

Quant aux taches blanches, je les regarde comme pouvant avoir trois origines.

Les unes sont la conséquence de la sclérose, puis de la dégénérescence graisseuse de certains éléments nerveux, cellules et fibres optiques, ainsi que cela a été démontré par les recherches de Virchow, Warlomont, Schweiger (loc. cit.)

Les autres sont produits par la transformation des apoplexies en taches jaunes, blanchâtres, à la suite de la résorption de la matière colorante du sang. Ces taches contiennent des dépôts blanchâtres, granuleux, « des corpuscules rhomboïdaux » (Lécorché) que l'on pourrait prendre pour de la graisse, mais qui en diffèrent par les réactions chimiques (Virchow).

Telle est l'opinion de MM. Desmarres père, Virchow, Cornil.

Enfin il est une troisième origine des taches que pour ma part je je suis porté à regarder comme assez fréquente : elles sont consti-

(1) Supplément au traité de mal. des yeux, de Mae Kenzu, t. III ; 1866.

(2) Leçons d'ophtalmoscopie ; 1865.

tuées par des exsudations plastiques de nature inflammatoire, telles qu'on en rencontre dans tous les autres tissus enflammés.

Dans la première période de la maladie, alors que le système circulatoire rétinien est fortement congestionné, il se fait un arrêt de la circulation : une stase sanguine, ainsi que l'a parfaitement démontré Nagel; puis il y a exsudation, à travers les parois vasculaires, de serum et de fibrine qui ne tarde pas à se concerter et produit la tache blanche.

Je n'émet point ici d'hypothèse; Wagner, en effet (1), regarde les taches jaunes comme de la fibrine modifiée, et, du reste, l'observation de certains malades atteints de rétinite albuminurique, chez lesquels la guérison s'est faite, prouve qu'il peut y avoir une résorption complète de ces taches, après laquelle le champ de l'œil redevient aussi net qu'auparavant.

Un fait de ce genre s'est passé il y a quelques années dans le service de M. le professeur Grisolle, sur un malade que M. Gelesowski voulut bien me faire voir ainsi qu'aux élèves qui suivaient le service.

S'il y avait eu transformation graisseuse de fibres nerveuses, comment la vue aurait-elle pu revenir et se montrer aussi nette qu'avant la maladie?

ÉTIOLOGIE.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence de l'amblyopie albuminurique. Lécorché a vu 7 cas d'amaurose sur 17 malades atteints d'albuminurie; Frerichs, 10 cas sur 78.

Pour M. Landouzy, ces troubles sont plus fréquents et constituent le premier signe de la maladie.

L'amblyopie est plus fréquente dans la jeunesse que dans les

(1) Ueber, amplyopie and amaurose bu bright, seher Wierenkrankh. s. 218.

autres âges de la vie, ce qui, du reste, s'explique par la plus grande fréquence, à cet âge, de la maladie de Bright.

Si on la regarde également comme plus fréquente chez la femme, cela tient à ce que, outre les causes étiologiques qui lui sont communes avec l'homme, elle a en plus, comme cause prédisposante, la grossesse, qui est fréquemment une cause d'albuminurie avec troubles de la vision.

L'amaurose est plus fréquente dans l'albuminurie chronique que dans l'albuminurie aiguë, plus rare dans l'albuminurie scarlatineuse, diabétique et puerpérale.

L'amblyopie tend à survenir pendant la maladie de Bright, toutes les fois qu'il existe des conditions d'affaiblissement général de l'économie; M. Rayet (1) a vu les troubles visuels survenir chez une femme où le diabète vint compliquer l'albuminurie.

Les hémorrhagies qui surviennent au début et à la fin de l'albuminurie s'accompagnent assez souvent d'amblyopie (Avrard); ce cas rentre dans les causes d'affaiblissement général de l'économie dont je viens de parler.

Quand aux conditions dans lesquelles l'amblyopie se développe, on voit que l'œdème précédant la plupart du temps les troubles visuels, on peut dire que l'amaurose est produite par la généralisation de l'œdème au tissu de la rétine.

La céphalalgie intense serait souvent accompagnée de troubles de la vision (Lécorché); c'est un fait qui paraît assez ressortir chez le malade qui fait le sujet de ma 1^{re} observation, où l'on voit l'amaurose accompagner immédiatement un violent mal de tête, premier indice de la néphrite albumineuse.

Les attaques convulsives amènent assez souvent l'amblyopie; — ce qui concorderait avec la troisième de mes observations.

L'amblyopie peut débiter brusquement sans que rien ait pu la faire prévoir.

(1) Trait. de malad. des reins. (Obs. XXV.)

i nous recherchons les causes directes, nous voyons la plupart des auteurs varier dans l'explication qu'ils donnent de ces troubles de la vision.

M. Landouzy, dans sa communication à l'Académie des sciences, quatrième conclusion, place l'amaurose dans une altération fonctionnelle du système ganglionnaire.

M. Ancelon rapproche l'amblyopie albuminurique des amblyopies liées à un appauvrissement du sang.

M. Beau a invoqué la dyspepsie.

Frerichs rattache l'amblyopie à l'urémie; c'est l'opinion qu'admettent à présent un grand nombre de médecins.

MARCHE ET PRONOSTIC.

L'amblyopie, après avoir duré un certain temps, disparaît parfois, tandis que la néphrite albumineuse continue son cours. Quelquefois les symptômes de celles-ci disparaissent sans que l'amblyopie soit modifiée; et cela se conçoit très-bien, car, dans ces cas, il est probable que les altérations morbides ont porté sur les éléments nerveux eux-mêmes.

Le cas le plus fréquent est celui où l'on voit l'amblyopie marcher en même temps que la maladie principale et durer jusqu'à la mort.

Si l'amblyopie survient dans le cours d'une maladie puerpérale ou scarlatineuse, elle tendra ordinairement à la guérison, et d'une manière assez rapide, à condition cependant que les maladies principales s'améliorent.

L'amblyopie, quoique liée à l'albuminurie, n'est pas du tout en rapport avec les variations de l'albumine dans l'urine (Lorrain) (1).

Quand la maladie suspend sa marche, on voit les extravasations sanguines se résorber, de même que l'infiltration papillaire.

(1) Guide du médecin praticien; t. IV, p. 449.

Les plaques blanches exsudatives et graisseuses, si elles n'ont point porté sur l'élément nerveux, disparaissent sans troubler la vision.

J'ai vu cette heureuse terminaison sur un malade du service de M. Nonat.

OBSERVATION V.

Albert J..., 29 ans, journalier, entre, le 6 juin, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Ferdinand, n° 7.

Cet homme raconte que, le 24 mai, il vit son pied droit devenir gros et le sentit douloureux; le lendemain, la figure et la jambe droite se trouvent enflées; les jours suivants, les deux membres inférieurs s'œdémaient et le ventre devient un peu volumineux.

Le jour de son entrée on constate une infiltration œdémateuse des membres inférieurs, ainsi que de la face. Il y a un peu de liquide dans la cavité péritonéale; pas de fièvre; les urines sont très-albumineuses.

Ce malade dit que, depuis les premiers jours de juin, il ne distingue plus nettement les objets un peu ténus. Dès qu'il incline la tête en avant, les troubles visuels augmentent, les objets lui semblent plongés dans un brouillard.

L'examen ophtalmoscopique révèle dans les deux yeux une infiltration légère de la papille, de la congestion de la rétine, et quelques taches hémorragiques situées dans le sens des vaisseaux rétinien.

Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, puis d'un traitement tonique, une grande amélioration ne tarde pas à se manifester : l'infiltration des membres disparaît, la face reste un peu bouffie, les urines précipitent encore de l'albumine, mais infiniment moins, enfin l'ophtalmoscope fait voir que les taches hémorragiques sont très-pâles et qu'elles se résorbent. Les troubles visuels ont disparu.

1^{er} juillet. Le malade demande à partir pour Vincennes.

Mais si l'altération graisseuse s'est emparée des éléments nerveux de la rétine, la vue est troublée à tout jamais, et plus ou moins perdue, selon l'étendue de la lésion.

Il importe de noter que l'amblyopie albuminurique guérie est susceptible de récurrence : Simpson en rapporte un cas, à la deuxième attaque, qui s'accompagna de cécité complète ; la malade succomba aux progrès de la maladie de Bright.

TRAITEMENT.

Le traitement de la rétinite albuminurique sera général ou local ; le premier sera institué d'après les causes qui ont amené la maladie ; le second variera avec les diverses périodes de l'affection oculaire.

Traitement général. — Il faut dire tout d'abord que c'est contre l'albuminurie qu'il faut diriger tous les efforts de la thérapeutique.

Les troubles visuels sont-ils liés à une albuminurie survenue à la suite d'appauvrissement du sang (Ancelon) ? On aura recours à une nourriture saine, substantielle, en faisant toutefois prédominer le régime végétal sur le régime animal. M. Gubler pense qu'on fera bien d'éviter les aliments dans lesquels entre l'albumine proprement dite.

L'albuminurie est-elle survenue par suite de l'action du froid sur la peau ? Comme alors on admet que la maladie est due à ce que la fonction cutanée ne s'accomplit plus, on emploiera des moyens propres à ramener la sueur. C'est ici qu'on a conseillé les bains de vapeurs et les fumigations aromatiques.

Je préfère de beaucoup la manière d'agir de M. Nonat, qui fait garder le lit à ses malades d'une manière continue, les habille de flanelle, et entretient de cette façon une douce chaleur très-propre à amener la sudation, traitement qui n'a pas l'inconvénient d'exposer au refroidissement comme les bains.

L'amaurose albuminurique consécutive à la scarlatine, réclame surtout des soins hygiéniques : repos au lit, nourriture substantielle, enfin la série des moyens qu'emploie M. Nonat.

Quant à l'albuminurie gravidique accompagnée d'amaurose, il y a lieu de se demander si l'on doit intervenir, non pas certes à cause des troubles de la vision qui, en pareille circonstance, sont bien secondaires à côté des phénomènes éclamptiques qui vont inévitablement survenir, mais précisément parce que ces troubles de la vue sont l'indice certain d'un état grave imminent.

Cette question, différemment résolue par des hommes très-distingués, n'est pas encore jugée.

L'amblyopie, liée à une affection brightique aiguë ou chronique, sera traitée par la thérapeutique même de l'affection principale.

Dans l'état aigu, on a conseillé les émissions sanguines à la région lombaire : sangsues, ventouses scarifiées.

Il faut peut-être ne pas employer trop énergiquement ces moyens qui prédisposent à la débilité : circonstance grave, car la maladie peut avoir une longue durée.

Après les émissions sanguines, on a conseillé les boissons adoucissantes avec la mauve, le lin, additionnées d'une certaine quantité de nitrate de potasse pour pousser aux urines ; soit : 1 gramme 50 par litre.

On a encore recommandé les purgatifs légers avec la magnésie, l'huile de ricin.

La maladie de Bright confirmée, on n'aura plus grand espoir de guérison ; il faudra traiter surtout l'hydropisie, et donner des toniques pour soutenir les forces du malade.

C'est le cas d'insister sur les diurétiques préconisés déjà par Bright, par Christison et M. Rayer.

Christison recommande la digitale et la crème de tartre.

La digitale sera administrée trois fois par jour à la dose de 5 à 10 centigrammes, en pilules ou bien en solution, avec 10 à 20 gouttes de teinture dans une cuillerée à bouche d'infusion de tilleul.

M. Rayer préconise la busserole : 2 à 4 grammes en infusion pour 500 grammes d'eau.

M. Grisolles a employé la teinture de cantharides à la dose de 6 à 25 gouttes ; il a obtenu un cas de succès.

On soutiendra les forces par des bouillons, des potages, des viandes rôties, de l'eau vineuse ou du vin de Bordeaux. On excitera la fonction cutanée par des fumigations et des frictions aromatiques.

Traitement local. — Dans la première période ou période congestive, on appliquera des sangsues derrière les oreilles, des révulsifs autour de la tempe, quelques vésicatoires, tels que mouches de Milan.

S'il y a tendances aux hémorrhagies rétinienes, on pourra instiller dans l'œil un collyre avec 1 centigramme de digitaline pour 10 grammes d'eau.

Ce moyen a été préconisé par M. Galezowski dans la *Gazette des hôpitaux*, contre les hémorrhagies de la rétine, dans le but de ralentir la circulation locale, et de prévenir de nouvelles hémorrhagies.

Dans la deuxième période, alors que se manifestent les taches jaunâtres, on conseille des exutoires à la nuque, vésicatoires, sétons; des onctions hydrargyriques autour du front.

Contre l'œdème rétinien, on donne la préférence aux préparations toniques à l'intérieur, et l'on pratique des frictions spiritueuses autour de l'orbite.

Ce traitement serait encore applicable à la dernière période de la maladie; mais, comme l'atrophie de la dégénérescence des fibres de la rétine a fait de grands progrès, on ne retirera guère d'utilité de ces moyens.

CONCLUSIONS.

1° Il n'existe pas constamment des troubles de la vision dans les albuminuries aiguës et chroniques.

2° La plupart du temps ces troubles surviennent dans le cours d'une albuminurie chronique.

3° Quelquefois cependant ces troubles annoncent une albuminurie avant tout autre phénomène ; ils en sont la première manifestation patente, manifestation qui doit donner l'éveil au médecin, et voilà pourquoi il est important de savoir les différencier de toute autre affection.

4° Il semble que le jeune âge, le sexe féminin, l'état de grossesse, la forme chronique de la néphrite albumineuse, prédisposent à l'amblyopie albuminurique.

5° L'amblyopie, quoique liée à l'albuminurie, n'est pas du tout en rapport avec les variations de l'albumine dans l'urine.

QUESTIONS

sur

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Electricité atmosphérique; lésions produites par la foudre; paratonnerre.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth et d'antimoine; leur préparation; caractères distinctifs de leur dissolution.

Pharmacologie. — De la glycérine considérée comme dissolvant; caractères de sa pureté; des glycérolés; comment les prépare-t-on?

Histoire naturelle. — Des hirudinées; leurs caractères généraux, leur classification; des sangsues; décrire les diverses espèces de l'hirudiculture.

Anatomie. — Articulation du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Pathologie interne. — Des accidents qui se rattachent à la dentition.

Pathologie externe. — Du glaucome aigu.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies.

Anatomie pathologique. — De l'hypertrophie du cœur.

Accouchements. — De la rupture prématurée des membranes.

Thérapeutique. — Des indications de la médecine vomitive.

Médecine opératoire. — De la valeur des amputations de Chopart, de Syme, de Pierigoff, sous-astragalienne et sus-malléolaire, sous le rapport de l'utilité consécutive du membre.

Médecine légale. — Est-il indispensable pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement que la substance toxique ait été isolée?

Hygiène. — Des bains.

Vu, bon à imprimer.

RICHET, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.

